9

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr CH. PERIER
Agrégé, Chirurgien de Lariboisière,
Lauréat de l'Académie de médecine,

PARIS
—
1890

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr CH. PERIER
Agrégé, Chirurgien de Lariboisière,
Lauréat de l'Académie de médecine.

PARIS
—
1890



GRADES

SERVICES ET FONCTIONS

Interne des hopitaux, 1860-1863.
Aide d'anatomie, 1862-1865.
Docteur en médecine, 1864 (avril).
Agrégé d'anatomie et physiologie, 1866-1875.
Chirurgien des hopitaux, 1872.
Membre titulaire de la Société de chirurgie, 1875 (14 avril).
Vice-Président de la Société anatomique, 1875.
Secrétaire annuel de la Société de chirurgie, 1882-1883.
Lauréat de l'Académie de médecine (Prix Huguier), 1886.

ENSEIGNEMENT LIBRE A L'ÉCOLE PRATIQUE

Physiologie, 1865-66.
Pathologie externe, 1871-72.

EXPOSÉ

DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Ch. PERIER

LISTE DES TRAVAUX

I. — Considérations sur l'anatomie et la physiologie des veines spermatiques et sur un mode de traitement du varicocèle.

(Thèse de Doctorat, 13 avril 1864, avec planche.)

Jusqu'alors les veines du testicule étaient considérées comme se rendant toutes dans le faisceau commun des veines spermatiques. Le premier j'ai démontré qu'il n'en était pas ainsi et qu'il existait un faisceau distinct dit faisceau des veines funiculaires.

Ces veines viennent de la queue de l'épididyme et montent derrière le conduit déférent vers le canal inguinal parallèlement aux autres éléments du cordon. A l'intérieur du canal elles se placent au-dessous du conduit, et s'appliquent à la face supérieure de l'arcade fémorale; au niveau de l'anneau inguinal interne au point où le cordon, avant de se dissocier, croise les vaisseaux épigastriques, ces veines s'incurvent comme le conduit déférent et forment une sorte de crosse pour se joindre à angle aigu avec les veines épigastriques dans le sens même du courant sanguin.

Dans le varicocèle la dilatation, quoique très sensiblement appréciable sur les veines funiculaires, y est cependant très faible, toute l'altération semble se fixer sur les veines spermatiques proprement dites; c'est sur celles-ci que l'on doit agir dans l'opération contre le varicocèle; l'intégrité du faisceau des veines funiculaires est probablement une garantie contre l'atrophie testiculaire observée quelquefois après l'opération.

II. Anatomie et physiologie de l'ovaire.

(Thèse pour le concours d'agrégation, 1866.)

Ce travail fait dans les délais imposés à cette époque est le résumé aussi complet que possible des connaissances en anatomie et en physiologie relatives à l'ovaire jusqu'en 1886. Cet organe y est étudié à ce double point de vue, aux trois époques de la vie de la femme : avant la puberté, pendant la période menstruelle, après la ménopause.

III. — Recherches récentes sur l'origine des vaisseaux lymphatiques et chylifères.

(Revue critique dans les Archives de médecine, 1868. VI[e] série, t. 12, p. 206 à 222.)

Exposé complet et discussion de toutes les opinions émises sur l'origine de ces vaisseaux et leur rôle dans l'économie, particulièrement celui des chylifères jusqu'en 1868.

IV. — Existence simultanée d'un kyste sus-hyoïdien, et d'une grenouillette sublinguale. Injection du kyste. — Disparition successive des deux tumeurs.

(Travail lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 novembre 1869. Objet d'un rapport lu par M. Forget, dans la séance du 3 août 1870.)

V. — Anomalie de l'œsophage. Oblitération du bout supérieur. Ouverture du bout inférieur dans le conduit aérien au niveau de la trachée.

(Travail accompagné d'une planche et inséré in extenso dans les bulletins de la Société de chirurgie, 1873, p. 587.)

VI. — Étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée chez un homme de soixante-quatorze ans. — Opération le huitième jour. Guérison. Société de chirurgie, séance du 3 décembre 1873.

Bien que la hernie ombilicale fût réduite, le maximum de douleur était dans la région ombilicale. L'incision du sac herniaire, dans une étendue suffisante pour me permettre une exploration digitale aisée, me fit rencontrer un point où l'intestin adhérait à la paroi près du ligament falciforme dans une dépression duquel il paraissait engagé, il se détacha facilement, les accidents cessèrent et la guérison fut rapide.

VII. — Ulcération de l'artère fémorale ayant nécessité la ligature de l'iliaque externe, chez un homme atteint de nécrose du fémur avec fistules anciennes.

(Travail présenté à la Société de chirurgie le 18 février 1874. Objet d'un rapport de M. Le Dentu, inséré dans le tome 7e et dernier des mémoires de la Société de chirurgie, p. 569 et p. 575.)

VIII. — Opération de trachéotomie pratiquée deux fois sur le même enfant à un mois d'intervalle. Guérison.

(Travail présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 10 février 1875. Objet d'un rapport par M. de Saint-Germain dans la séance du 17 mars suivant.)

IX. — Ablation du sein par la ligature élastique, chez une femme de 84 ans.

(Travail inséré dans les bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1875, p. 329.

A cette époque il y avait un assez grand engouement pour la ligature élastique, et certaines considérations en justifiaient l'emploi dans le cas tout particulier de cette femme âgée. Elle n'eut de douleurs que pendant 24 heures et la cicatrisation se fit sans autres accidents.

X. — Fracture du crâne avec enfoncement. Trépanation. Redressement. Guérison.

(Communication à la Société de chirurgie, séance du 1er mars 1876.)

Il s'agissait d'une fillette de 12 ans blessée par une escarpolette et chez laquelle l'intervention fut commandée par des accidents épileptiformes.

XI. — Luxation sous-acromiale incomplète de l'humérus. Réduction instable.

(Communications à la Société de chirurgie avec discussion dans les séances des 13 et 20 février 1873.)

La malade était une épileptique de la Salpêtrière qui à chaque crise se

luxait l'épaule, il en était résulté à la longue une déformation des surfaces articulaires qui rendait impossible le maintien des surfaces dans leurs rapports normaux. La mort survint causée par une tumeur cérébrale, ce qui permit l'examen de l'articulation.

XII. — Luxation sous-méniscoïde sans rupture ligamenteuse du maxillaire inférieur.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1878, p. 223, avec figure.)

Les dissections de luxations des maxillaires sont rares ; l'examen de cette pièce avec observation à l'appui est favorable à la fois à l'opinion de Boyer et aux idées émises par le Dr Mathieu.

XIII. — Coryza caséeux simulant une tumeur maligne de la fosse nasale.

(Communication à la Société de chirurgie, séance du 15 octobre 1879.)

XIV. — Sur deux observations d'inversion utérine traitée par la ligature avec tractions élastiques.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, séance du 16 juin 1880)

XV. — De la ligature à tractions élastiques appliquée au traitement de l'inversion utérine.

(Dans Revue de chirurgie, 1886, p. 969).

L'Académie a décerné en 1886 le prix Huguier, à l'auteur de ce travail bien qu'il n'eût pas fait acte de candidature.

Depuis la publication de ce travail, la ligature à tractions élastiques a été appliquée à l'inversion utérine un assez grand nombre de fois et toujours la terminaison a été favorable.

Au lieu d'appliquer le fil élastique directement sur le point à sectionner, je lie très fortement l'utérus avec un fil de soie résistant, et c'est sur ce fil que j'exerce des tractions élastiques au moyen d'un anneau de caoutchouc.

Ces tractions ont pour effet de resserrer constamment le lien constricteur en le faisant s'engager de plus en plus, dans un trou pratiqué à l'extrémité d'une tige métallique. Cette tige, munie à sa partie inférieure d'un certain nombre de crans formant crémaillère fournit des points d'appui successifs à l'anneau qui opère les tractions. La conformation de cette tige est telle, que lorsque, dans un dernier temps, on remet l'utérus à la place qu'il occupait dans le vagin, elle s'y tient droite bien dans l'axe, par le fait même de la

direction, dans laquelle s'exerce la traction. L'extrémité libre de la tige sort de la vulve sans exercer aucune pression sur les parties molles.

Ce procédé se recommande par une facilité d'exécution plus grande que la ligature élastique simple qu'on ne peut resserrer sans se livrer à des manœuvres pénibles, sinon dangereuses, et dont l'application doit, suivant Courty, être précédée d'une cautérisation circulaire au galvano-cautère.

XVI. — Résection de vingt centimètres d'intestin gangréné. Entérorrhaphie. — Mort.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, séance du 2 février 1881.)

Il s'agissait d'une hernie réduite en masse, et qu'il semblait plus facile d'aller chercher par une incision médiane de la paroi abdominale qu'à travers la région inguinale. La paroi interne du sac ne put être suffisamment désinfectée et fut le point de départ de la péritonite à laquelle succomba l'opéré. La réunion des deux bouts de l'intestin était en bonne voie, les points de suture étaient déjà cachés par les adhérences des surfaces péritonéales de l'un à l'autre bout.

XVII. — Extirpation du corps thyroïde. — Guérison.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, séance du 13 juillet 1881.)

Jeune homme de 23 ans, chez lequel neuf injections interstitielles de teinture d'iode d'un centimètre cube chaque fois et à 8 ou 15 jours d'intervalle n'avaient amené aucun résultat.

XVIII. — Deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum (méthode de Petersen).

(Travail présenté à l'Académie de médecine dans sa séance du 16 août 1881.)

Rapport à l'Académie par M. Gosselin sur ce travail, séance du 20 septembre.

Communication à la Société de chirurgie, séance du 9 novembre 1881.

XIX. — Trois nouvelles observations. Société de chirurgie, 17 octobre 1883.

Modification du drainage de la vessie après l'opération, suivant une méthode propre à l'auteur et qui depuis a été adoptée par la plupart des chirurgiens français.

J'ai introduit en France la méthode de Petersen et je crois avoir ainsi

contribué pour une grande part à la substitution de la taille sus-pubienne à la taille périnéale.

Quant au drainage de la vessie, j'ai été conduit à le modifier favorablement, je crois, voici comment :

Frappé de l'inutilité de tous les siphons, qu'il est impossible de tenir amorcés, parce qu'on ne peut leur donner un calibre en rapport avec la quantité de l'urine secrétée, puisque cette quantité n'est pas constante, j'avais renoncé à les employer, préférant laisser couler l'urine par la plaie quitte à changer le malade dès qu'il se trouvait baigné dans son lit.

Cependant, comme je n'avais pas renoncé à l'idée de laver soigneusement la vessie pour éviter toute altération d'urine stagnante, j'eus l'idée d'imiter la conduite de M. Moutard-Martin dans le traitement de l'empyème. Il adosse deux, trois et au besoin quatre tubes de caoutchouc en flûte de Pan et par ces tubes il fait une irrigation suffisante.

Je pensai que deux tubes suffiraient amplement et qu'en les choisissant d'un calibre suffisant, l'eau injectée dans l'un passerait librement et abondamment par l'autre. Pour être bien sûr de faire arriver l'eau au fond même de la vessie, je ne devais pas prendre les drains perforés ordinaires et pour éviter que l'extrémité vésicale de chaque tube ne fût bouchée par son contact avec la muqueuse je fis deux trous aussi près que possible de leur extrémité intra-vésicale. Comme les tubes peuvent se déplacer pendant les manœuvres du pansement ou du lavage, je les fixe en les traversant par un fil au niveau de leur point d'émergence à la paroi abdominale, les extrémités des fils sont ensuite assujetties par des bandelettes collodionnées appliquées sur la peau de l'abdomen. Les fils doivent être bien tendus pour empêcher les tubes de sortir.

A ma grande surprise, dès mon premier essai, l'urine s'écoula en totalité par les tubes dont l'extrémité libre était placée à l'entrée d'un urinal.

Je pense que l'urine s'écoule d'autant plus complètement et exclusivement par les tubes que la suture abdominale est plus serrée et applique plus hermétiquement les parois de la plaie contre les parois des tubes, de telle sorte que la pression minime qui suffit à faire monter l'urine dans les tubes est insuffisante pour l'injecter entre eux et les lèvres de la plaie, ainsi d'ailleurs que dans le tissu cellulaire. J'ai pu ainsi recueillir la totalité des urines pendant cinq et six jours sans avoir à renouveler le pansement qui ne présentait aucune trace d'humidité. Les tubes dont je me sers ont un calibre extérieur du n° 24 de la filière Charrière et n° 16, à l'intérieur. La longueur est de 30 à 35 centimètres dont 12 à 15 centimètres depuis le fond de la vessie jusqu'à la peau de l'abdomen.

XX. — Chondrome parotidien développé du côté du pharynx et extrait par la cavité buccale.

(Soc. chir., 5 mai 1886, p. 364.)

Ce cas peut être considéré comme exceptionnel, les tumeurs de la parotide faisant ordinairement saillie à l'extérieur et des doutes furent émis par quelques membres de la Société de chirurgie. Mais la tumeur venait de la fosse zygomatique proéminer vers le pharynx. Pendant l'opération, j'ai dû aller la chercher jusque dans cette fosse et mon doigt introduit par cette voie arrivait presque jusqu'à la base du crâne. Mon collègue, le Dr Berger, qui m'assistait, a pu juger par lui-même des connexions de la tumeur et s'assurer que par son prolongement supérieur elle confinait réellement à la parotide, aussi mon diagnostic lui parut-il justifié.

XXI. — Nouveau mode de suture intestinale, travail présenté à l'Académie de médecine, le 18 mai 1886 et renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Cusco et Tillaux.

Il s'agit de deux cas de suture latérale de l'intestin.

L'un des opérés avait eu une hernie étranglée, abandonnée à elle-même, terminée par la formation d'un anus contre nature temporaire puis d'une fistule stercorale permanente, son observation est rapportée dans les bulletins de la Société de chirurgie pour l'année 1885, à la page 111; l'autre opéré est le fils d'un de nos confrères qui avait reçu par suite d'imprudence, un coup de fusil dans l'abdomen, et chez lequel s'était établi un anus contre nature avec perte d'une partie de la paroi abdominale.

Tous deux ont parfaitement guéri et ce dernier est aujourd'hui étudiant en médecine.

Tous deux ont dû être opérés chacun deux fois; et c'est en employant à la seconde fois la modification que j'ai apportée à la suture intestinale que j'ai pu obtenir la guérison.

J'appelle cette suture *suture en bourse entrecoupée*. — L'aiguille munie d'un fil assez long est introduite dans l'épaisseur des tuniques intestinales, mais sans traverser la muqueuse; elle pénètre à 1 ou 2 millimètres du bord de la plaie, chemine perpendiculairement à ce bord et ressort à 4 ou 5 millimètres plus loin. L'aiguille reportée à un demi-centimètre parallèlement à l'axe de la plaie décrit en sens inverse uu trajet semblable et parallèle au premier dans la même lèvre de l'ouverture intestinale.

Le fil est alors porté sur l'autre lèvre de l'intestin en face du point par ou

il vient de sortir ; on lui fait suivre de ce côté un trajet semblable et symétrique en le faisant sortir en dernier lieu juste en face du point d'entrée primitif. On obtient ainsi mieux qu'avec la suture de Lembert un froncement qui augmente la pression des surfaces, assure leur contact et diminue les chances de redressement des bords infléchis.

Dans mes deux opérations, j'ai soutenu cette suture par un deuxième plan de suture, mais me contentant alors de celle de Lembert. Chez le blessé par coup de feu, j'ai dû, pour fermer la perte de substance de la paroi abdominale, mettre en troisième plan une suture du pelletier en catgut, comprenant toute la paroi musculo-aponévrotique et recouvrir le tout d'une quatrième suture, cutanée cette fois, au crin de Florence.

XXII. — Excision d'un spina bifida lombaire chez un enfant de deux mois, par un procédé nouveau. Réduction des éléments herniés de la moelle.

L'enfant opéré le 18 septembre 1887 fut présenté guéri à l'Académie de médecine le 25 octobre suivant.

Le procédé consiste à disséquer d'abord à la base de la tumeur assez de peau saine pour que la réunion de la plaie cutanée puisse se faire sans tiraillements de la peau. On cherche ensuite à isoler partout la tumeur jusqu'à son implantation au pourtour de la fente rachidienne. Pour achever son isolement s'il devient difficile on peut ouvrir la tumeur à la condition qu'un aide maintienne de suite à l'aide du doigt l'orifice rachidien fermé pour empêcher la déperdition du liquide encéphalo-rachidien. Dans le même temps on aura réduit dans le canal les éléments de moelle qui font hernie, comme dans le cas que je rapporte. — La poche étant bien isolée partout, et ne tenant plus que par son collet, on traverse celui-ci avec un catgut double, on fait une ligature solide à deux chaînons entre-croisés comme au pédicule de l'ovaire ou comme dans la cure radicale des hernies. On excise ce qui dépasse et on suture ensuite le tégument en ayant soin de faire la suture profonde pour éviter si possible le drainage qui, chez les petits enfants, est une porte d'entrée pour l'infection. Je saupoudre la ligne de suture avec un peu de salol, je mets une couche d'ouate salolée que je fixe solidement par un large badigeonnage au collodion, ce pansement peut rester huit jours en place sans aucun risque, il suffit de mettre un peu de collodion aux endroits où il menace de se décoller.

XXIII. — Du salol ou salicylate de phényle pour remplacer l'iodoforme en chirurgie.
Travail en collaboration avec M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière.

(Revue de chirurgie, 1887, p. 519.)

Depuis la publication de ce travail le salol est de plus en plus substitué à l'iodoforme que je n'emploie plus que pour ses propriétés calmantes dans certaines affections utérines douloureuses.

Depuis que j'emploie exclusivement le salol, j'ai vu disparaître chez les ovariotomisées et après l'hystérectomie abdominale certains troubles qui étaient dus à l'intoxication par l'iodoforme.

Dans la pratique courante, je simplifie les pansements autant qu'il est possible. Après que le champ opératoire a été bien lavé à la liqueur de Van-Swiéten, je me contente de saupoudrer de salol, de revêtir d'une couche de coton au salol, et de mettre par dessus un tissu imperméable. Si l'exiguité ou la position du pansement le permet, je mets un revêtement de collodion qui sert à la fois à isoler et à fixer; sinon je recouvre d'une piéce de macintosh ou de taffetas chiffon, maintenu par une bande de mousseline empesée appliquée humide, et s'il est besoin d'immobiliser la région, je place sous les tours de bande de minces attelles en zinc de Sayre en nombre suffisant.

XXIV. — Arthrectomie des deux genoux chez un jeune homme ayant les deux articulations du genou envahies par des productions polypiformes volumineuses.

(Académie de médecine, 8 mai 1888.)

Chez ce jeune homme j'ai eu recours au pansement au salol que je viens de décrire: j'ai pour chaque genou renouvelé le pansement une première fois, le quatrième ou cinquième jour, pour retirer le tube à drainage dont je n'avais pas cru devoir me dispenser, et une seconde fois le quatorzième jour pour enlever le point de suture. Il n'y avait eu aucune espèce d'accident local ni fébrile; les mouvements articulaires étaient et sont restés entiérement conservés. Il n'y a eu qu'une atrophie musculaire rapide, mais les muscles sont vite revenus à un état parfait par l'électricité et les massages.

XXV. — Ligature simultanée des artères carotides primitive, interne, externe, thyroïdienne supérieure et de la jugulaire interne pour une plaie par une pointe d'épée restée quarante-huit heures fixée dans la colonne vertébrale et ayant traversé la carotide près de sa bifurcation en même temps que la veine jugulaire, le corps étranger faisant bouchon pendant la durée de son séjour.

(Académie de médecine, 8 mai 1888.)

Aucun trouble nerveux n'a suivi cette opération, et, un mois après, l'opéré reprenait son métier de cocher de nuit.

XXVI. — Résection d'une large portion de la paroi abdominale pour remédier à une énorme éventration consécutive à une ovariotomie pratiquée quelques années avant à l'étranger.

Aucune ceinture ne pouvait soulager assez cette femme pour lui permettre de travailler, l'opération était donc formellement indiquée.

La malade présentée guérie à l'Académie de médecine. Séance du 30 octobre 1888.

XXVII. — Laparotomie et extirpation par dissection de nombreux kystes hydatiques qui remplissaient tout l'abdomen.

La malade présentée guérie à l'Académie de médecine. Séance du 30 octobre 1888.

XXVIII. — Méningo-encéphalocèle chez un enfant de 28 jours, opéré par le nouveau procédé appliqué précédemment pour l'opération d'un spina bifida.

(Académie de médecine, séance du 2 avril 1889.)

Cet enfant a été opéré identiquement par le même procédé que j'avais employé pour le cas de spina bifida indiqué précécemment; mais avec cette différence qu'il était impossible de réduire les parties herniées, qui, après évacuation de la portion liquide, représentaient la moitié du volume de la tumeur. L'examen histologique fait par le professeur Ranvier montra que la portion excisée renfermait en outre des méninges de la substance cérébrale, de la substance cérébelleuse et un tissu semblable à celui du canal de l'épendyme. L'enfant ne parut pas se ressentir de cette perte de substance. La guérison a été très rapide. — Réunion primitive. — Un seul pansement.

Depuis et tout récemment mon collègue et ami le Dr Berger a opéré un enfant dans les mêmes conditions par ce même procédé et avec le même succès ; il a présenté l'enfant à l'Académie, dans la séance du 14 janvier 1890.

XXIX. — Extirpation de l'omoplate avec conservation du membre.

(Académie de médecine. Séance du 4 février 1890.)

Un homme de 55 ans, avait un sarcôme de l'épaule droite, paraissant limité à l'acromion. Après incision du sarcôme et résection de l'acromion l'omoplate fut reconnue malade, au-delà des limites prévues, en cherchant à circonscrire tout le mal, je fus graduellement amené à extirper l'os dans sa totalité. Présenté à l'Académie trois mois et demi après l'opération, cet homme avait le bras comme suspendu à l'extrémité de la clavicule. Les mouvements étaient limités, surtout l'abduction qui était nulle. Mais comme il y avait amélioration des mouvements des autres muscles, on pouvait espérer voir le membre malade devenir de plus en plus utile.

XXX. — Résection du sommet de l'apophyse transverse de la 7e vertèbre cervicale développée en côte supplémentaire et comprimant le plexus brachial. — Opération suivie de la cessation des accidents.

(Académie de médecine. Séance du 11 février 1890.)

Un homme de 30 ans avait un développement exagéré des apophyses transverses de la septième vertèbre du cou, celle de droite formait dans le creux sus-claviculaire une véritable tumeur osseuse qui avait déplacé l'artère sous-clavière qu'on sentait battre à son niveau, et le plexus brachial, siège d'insupportables douleurs accompagnées d'atrophie musculaire et d'impotence du membre. Au cours de l'opération la plèvre fut librement ouverte, ce qui n'empêcha pas la plaie de guérir en onze jours. Les douleurs avaient cessé, le bras augmenta de volume, de puissance musculaire ; la voix était redevenue normale par décompression du nerf laryngé inférieur.

XXXI. — Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable.

(Société de chirurgie. Séance du 19 mai 1890.)

Un homme de 66 ans, atteint d'un épithéliome végétant de la face interne du larynx du service du Dr Gouguenheim à Lariboisière demandait une intervention radicale, quelle qu'en fut la gravité. Une extirpation partielle ayant donné assez de largeur à la cavité laryngienne, pour que l'anesthésie fut possible par les voies naturelles, je disséquai le squelette laryngo-trachéal sans avoir fait de trachéotomie préalable, et en taillant deux lambeaux latéraux comprenant toute l'épaisseur des parties molles.

Après certaines précautions, j'incisai transversalement le conduit aérien

entre le larynx et la trachée; introduction dans celle-ci d'une canule conique courbe, engagée à la manière d'un bouchon conique, pour empêcher l'entrée du sang tout en permettant de continuer l'anesthésie. L'extirpation du larynx devient facile. On suture ensuite la trachée à la peau et la respiration peut se faire sans canule. L'opération avait été bien supportée, la journée avait été bonne, le malade mourut subitement dix-huit heures après sans qu'on s'y soit attendu.

XXXII. — Taille stomacale pour l'extraction d'une cuiller à café logée dans l'estomac depuis dix-huit jours.

(Académie de médecine. Séance du 29 avril 1890.)

Un homme de 36 ans avait, dans un moment d'aberration, avalé une cuiller à café. De vives douleurs qu'il ressentait lui firent demander l'intervention. A l'aide de l'explorateur électrique de Touvé, m'étant assuré de la présence du corps étranger, je fis la taille stomacale en pratiquant l'incision préconisée par le Dr Léon Labbé. Mais après l'extirpation de la cuiller, je suturai la plaie de l'estomac; un surjet sur la muqueuse, puis par dessus deux plans de suture en bourse entrecoupée adossant la séreuse. (Suture qui m'est personnelle et dont j'ai donné la description dans un travail lu à l'Académie le 18 mai 1886; il s'agissait alors de suture intestinale). J'abandonnai l'estomac dans l'abdomen et fermai la plaie extérieure, par plusieurs plans de suture comprenant isolément le péritoine pariétal, la couche musculo-aponévrotique et la peau.

Le malade présenté à l'Académie complètement guéri et sans le moindre trouble des fonctions digestives.

XXXIII. — Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette arrêté depuis huit jours à l'entrée de l'œsophage où il était enchatonné.

(Académie de médecine. Séance du 29 avril 1890.)

Une fillette de 10 ans avait avalé un gros bouton double en os pour manchette. Il fut impossible de le déloger; le poli de sa surface et la forme ne permettaient pas de le saisir utilement avec des pinces. L'œsophagotomie externe était le seul moyen applicable, elle put être faite sans conducteur, le corps étranger servant suffisamment de guide. L'extraction fut très difficile, la queue du bouton ayant été entourée et serrée par la muqueuse œsophagienne. L'enfant guérit sans aucun accident.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame.